گفتگوی عمیق با دکتر جلیل عرب خردمند، رئیس شورای مرکزی سازمان بسیج جامعه پزشکی کشور

نظام سلامت
از سردردِ بیمار تا دردسرِ درمان

عکس: محمد نجفی

پیش درآمد

«با عکس‌های ام.آر.آی کمر همسرم از این پزشک به آن پزشک به‌دنبال مشورت هستم. از آنجا که به دلیل درد شدید، جابه‌جایی او برای خودش و من خیلی سخت است، سعی کردم با نشان دادن ام.آر.آی وی به پزشکان مختلف چند نسخه برایش بگیرم اما این تجویزها اعم از داروها، مسکن‌ها و دیگر اقدامات درمانی برای او هیچ افاقه نمی‌کند و هر پاسخی به سردرگمی من می‌افزاید. بعد از چند روز حالا دیگر مستاصل شده‌ام. راهکارهایی مانند آب‌درمانی، فیزیوتراپی، استراحت‌مطلق، عمل‌جراحی، تزریق داخل نخاع و گذاشتن پیچ و پلاک داخل کمر، هرکدام با جدیت از طرف متخصصی معروف پیشنهاد می‌شود که به‌علت مراجعات متعدد به آنها به خودم اجازه نمی‌دهم با سئوالات بیشتر، وقتشان را بگیرم.

پریشان و سرگشته در پشت میز کار به فکر فرو رفته‌ام تا صدای دوستی دیرین که برای انجام کاری اداری مراجعه کرده‌است، مرا به خودم می‌آورد. وقتی علت استیصالم را می‌شنود، نشانی طبیبی دیگر را به من می‌دهد. در روز موعود با خوف و رجا بعد از کلی معطلی در اتاق انتظار این طبیب، نکته‌ای جدید نظرم را جلب می‌کند. از منشی می‌شنوم که بدون حضور بیمار، امکان مشورت در این مطب وجود ندارد و تاکید بر پرداخت حق‌ویزیت یا حتی حق المشاوره نیز تغییری در تصمیم و رویه این منشی ندارد. من که تصاویری از فیلمی پر آشوب (وقت گرفتن تلفنی از منشی، ترافیک عصر روز غیرتعطیل در تهران، جابه‌جایی همسرم که به سختی حاضر است در آپارتمان تا دستشویی راه برود، معطلی در اتاق انتظار مطب و.....) همه ذهنم را اشغال کرده‌است، حالا دیگر قادر به تجزیه و تحلیل این دستورالعمل نیستم. مستمسکی می‌یابم تا بتوانم خود را رودرروی پزشک ببینم. به منشی می گویم اکنون نوبت من است و من بیمارم.

طبیب کلیشه‌های ام.آر.آی را از من می گیرد، نگاهی به آن می‌اندازد و می‌گوید: «آنچه را که در این عکس‌ها دیده می‌شود، متخصص رادیولوژی در برگه گزارش به تفصیل نوشته‌است، لکن سئوال شما این است که درمان این بیمار چیست؟ نیاز به جراحی دارد یا نه؟ باید استراحت کند و بی‌تحرک باشد یا فعالیت کند؟ به‌جز آنچه در این عکس‌ها می‌بینیم، آیا مشکل دیگری او را تهدید نمی‌کند؟ و ده‌ها سئوال دیگر.

پاسخ دادن به این سئوالات، جز با شنیدن شرح حال بیمار، معاینه دقیق وی و تطبیق با اقدامات پاراکلینیکی (مانند آزمایشگاه و رادیولوژی وغیره) امکان‌پذیر نیست. پزشک وقتی با دقت به شرح حال بیمار گوش می‌دهد، به فهرستی از تشخیص‌های افتراقی دست می‌یابد. سپس با معاینه دقیق بیمار و طرح برخی سئوالات، سعی می‌کند نکات ابهام را برطرف نماید و لیست تشخیص‌ها را به حداقل برساند، آن‌گاه با انتخاب مناسب و حداقل اقدامات پاراکلینیکی به دنبال تایید تشخیص می‌گردد. اگر نتایج آزمایشات پاراکلینیکی دور از انتظار باشد، ابتدا با مرور شرح‌حال و معاینه بیمار و سپس با تکرار و در صورت لزوم انجام آزمایشات تکمیلی پاراکلینیکی سعی می‌کند تا به تشخیص نزدیک شود. مطمئنا بدون طی کردن این روند و فقط با دیدن یک آزمایش یا مطالعه یک کلیشه رادیولوژی، احتمال خطای پزشکی به شدت افزایش می‌یابد.»

گرچه نشان می‌دهم با منطق پزشک مجاب شده‌ام، اما دفترچه بیمه را روی میز وی می‌گذارم و خواهش می‌کنم فعلا برای تسکین درد، نسخه‌ای بپیچد تا ببینم چگونه می‌توانم بیمار را برای معاینه بیاورم.

پزشک با لحنی آرام ولی با قاطعیت درخواستم را رد می‌کند. او می‌گوید: «به چند دلیل امکان ندارد بدون دیدن بیمار برای وی نسخه بنویسم. اول آن‌که تجویز دارو بدون تشخیص خطاست. دوم آن‌که نسخه سندیت دارد، وقتی برای بیماری نسخه نوشته می‌شود، یعنی پزشک شهادت می‌دهد که بیمار در این زمان زنده است، در این زمان و در این مکان حضور داشته و در این زمان مبتلا به این بیماری است. سوم آن‌که وقتی نسخه در دفترچه بیمه نوشته می‌شود، یعنی پزشک شهادت می‌دهد که این دفترچه بیمه متعلق به این فرد است.»

اینها نکاتی است که شاید ساده به نظر برسد، اما ندانستن‌شان ممکن است باعث ایجاد توقعات نادرست و ایجاد سوءتفاهم شود. اهمیت شفاف‌سازی مسایلی که در فضای میان پزشک و بیمار جریان دارد، دکتر جلیل عرب خردمند، جراح مغز و اعصاب را که از مصاحبه گریزان است و به جد سعی دارد رسانه ای نشود، وامی‌دارد تا پس از مدتی پیگیری، بالاخره پاسخگوی سئوالات ما باشد. ما طی یک سلسله گفتگو، به بررسی این مسایل می‌پردازیم و دکتر عرب خردمند نظر خود را درباره اشکالات و راهکارهای آنها بیان می‌کند.

نظر دکتر عرب خردمند را درباره ماجرایی که در پیش در آمد نقل شد، می‌پرسم. پاسخ می‌دهد: پزشک باید همه حرف‌های بیمار را به دقت گوش کند و مطمئن شود که دقیقا منظور بیمار را متوجه شده است و نیز باید یقین کند بیمار نیز حرف‌های پزشک را به درستی متوجه شده است. پزشکی تعریف می کرد برای نوزادی شربت نوشته و به والدینش گفته بودیم روزی سه بار یک قاشق از آن به او بخورانید اما خوب تکان بدهید. بعد از سه چهار روز کودک را با حال بدتری آوردند، معلوم شد روزی سه قاشق شربت به بچه داده و بعد طفل را به‌شدت تکان می‌دادند!

پزشک دیگری می گفت یک روز بیماری اعتراض می‌کرد که این داروهای شما از گلویم پایین نمی‌رود و باید آنها را چند تکه کنم تا بخورم. تازه متوجه شدم که نه من و نه در داروخانه کسی به بیمار توضیح نداده است که شیاف را نباید بخورد!

وقتی من با خود بیمار یا والدینش صحبت می‌کنم و چنین سوء تفاهماتی ممکن است پیش بیاید، چگونه می‌توانم به خود اجازه دهم تا با واسطه بیماری را ویزیت کنم؟! بارها در مطب ما بحث و جدل پیش آمده است، چون اقوام یک بیمار می‌آیند و می‌گویند مریض در منزل خوابیده و نمی‌توانیم اورا جابه‌جا کنیم. فعلا یک چیزی بده تا بهترشود، آن‌وقت او را بیاوریم! البته گاهی من به کسانی که چنین اصراری می کنند، به شوخی می گویم آدرس بدهید تا من خدمتشان برسم!

*** اتفاقا در زمان‌های قدیم، حکیم بر بالین بیمار حاضر می‌شد، روش خوبی هم به نظر می‌رسید!**

– امروز از یک‌سو توسعه شهرها و مسأله ترافیک و از سوی دیگر پیشرفت در تکنولوژی تشخیص و درمان، باعث شده تا ویزیت‌ها، به‌ویژه ویزیت‌های تخصصی الزاما در محیط‌هایی با ساختار تشخیص و درمان صورت بگیرد، ضمن آن‌که ما جامعه پزشکی موظف به حفظ اسرار بیماران هستیم و علی‌القاعده در محیط درمانی بهتر می‌توانیم امنیت شخصی بیماران را حفظ کنیم. شرح حال گرفتن و معاینه بیمار در حضور اعضای فامیل بیمار به هیچ وجه صحیح نیست، چون این کار، آزادی و حریم خصوصی بیمار را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. به‌عنوان مثال بیمار حق دارد که بخواهد پدر و مادر، فرزندان یا حتی همسرش از بی‌اختیاری ادرار او مطلع نشوند. بیمار در تمام دنیا مطالبی را با پزشک خود در میان می‌گذارد که هیچ‌وقت حاضر نیست با نزدیک‌ترین دوست یا فامیلش در میان بگذارد و پزشک جز در موارد قانونی، امانت‌دار بیماران است.

*** ولی اعضای فامیل نگران عزیزانشان هستند.**

– اعضای فامیل، دوستان، آشنایان، هواداران، همکاران، اصحاب رسانه و هر فرد دیگری هم حق دارد که بخواهد از وضع جسمانی یا روانی بیماری مطلع شود. اما هیچ کس حق ندارد حریم خصوصی (privacy) فرد بیمار را به خطر بیندازد و هیچ پزشکی هم حق ندارد به اسرار پرونده بیمار که نزد وی به امانت گذاشته شده است، خیانت کند. منظور از اسرار پرونده بیمار، فقط کاغذهای درون پوشه بیمار نیست. آزمایشات، فیلم، عکس، تشخیص، سیر بیماری، وضعیت ظاهری، جسمی، روانی و هرآنچه که متعلق به بیمار است و در اختیار پزشک قرار گرفته، جزئی از پرونده بیمار و امانت در دست پزشک است.

من در طول عمر پزشکی‌ام، هرگز دو مریض را با هم به مطب راه نداده‌ام، بلکه حتی سعی می‌کنم در فرصت مناسب از همراهان بیمار هم خواهش کنم تا بیمار را با من تنها بگذارند. زیرا ممکن است کسی بخواهد بیماری‌اش را از اطرافیانش پنهان کند و اگر مجبور شود نزد دیگران پنهان‌کاری کند، من به‌عنوان پزشک ممکن است با تشخیص غلط برای وی درمان را شروع کنم. ممکن است فرزندی اعتیاد داشته باشد و پدر و مادرش خبر نداشته باشند، تنها پناه او پزشک است و باید راحت باشد تا بتواند به پزشک اعتماد کند و حقایق را بگوید.

طبق سوگند پزشکی، پرونده پزشکی بیمار با تمام محتویاتش، محرمانه است. یکی از اعتراضات جدی به خبرنگاران به ویژه در صدا و سیما این است که چرا و به چه حقی بیماری مراجع، مسئولان، صاحب‌منصبان و افراد مطرح در جامعه را رسانه‌ای و عکس و فیلم آنها را در حالت‌های ناخوشایندی مانند کما پخش می‌کنند؟

از وضعیت بیماری افراد سئوال و پزشکان را مجبور می‌کنند تا تشخیص، درمان و سیر بیماری را در برابر انظار عمومی افشا نمایند و به‌علاوه گاهی حتی خبرنگار به خود اجازه می‌دهد تا در مورد آنچه دیده است، قضاوت هم بکند. بارها پیش آمده است که فردی مصدوم شده یا احیانا فوت کرده و هنوز خانواده‌اش خبر ندارند اما رسانه‌ها خبر مصدومیت یا فوت او را منتشر کرده‌اند.

u_٥١
۱۱۵
اورژانس پزشکی
اورژانس پزشکی استان قم
Mercedes-Benz
۱۲ الف ۸۹۸ ۱۶

*** به هرحال مردم دوست دارند اخبار مربوط به مسئولان بلندپایه را بدانند.**

– اما شما یک عکس از دوران طولانی بیماری آلزایمر رونالد ریگان نمی‌توانید پیدا کنید! بله، ممکن است وقتی او در برنامه زنده یا یک مراسم عمومی پشت تریبون تشنج می‌کند و می‌افتد، همه این صحنه را در تلویزیون ببینند اما کسی روند درمانش در بیمارستان را نمی‌بیند. شما به راحتی نمی‌توانید عکسی از دوران کمای طولانی‌مدت آریل شارون، نخست‌وزیر سابق اسراییل، پیدا کنید. در چنین شرایطی روابط‌عمومی دفتر مسئول مربوطه حق دارد طبق صلاحدید خود، خبر بیماری وی را اعلام کند ولی نباید پای پزشک را به میان کشید و علاوه بر سوال‌پیچ کردن او، پرونده بیمار که امانت نزد پزشک است را رسانه‌ای کرد.

***در این‌گونه موارد شما چه می کنید؟**

من تاکنون حتی یک مورد از بیماران فامیل که به من مراجعه کرده‌اند را در منزل برای خانواده‌ام نام نبرده‌ام تاچه رسد به این‌که در مورد تشخیص یا سیر بیماریشان اشاره‌ای کرده باشم.

بارها پیش آمده است که مثلا همسرم به من می‌گوید چرا نگفتی فلان فامیل من چند روز است در بیمارستان تحت نظر تو بستری شده است؟ در پاسخ به او می‌گویم چون به عنوان بیمار به من مراجعه کرده بود و اگر می‌خواست شما بدانی که بیمار است، خودش شما را مطلع می‌کرد. مدتی پیش یکی از همسایگان ما در بیمارستان بود. یک روز که حالش خیلی بد شده بود، یکی از اقوامش به در خانه ما آمده و احوال بیمار را از همسرم پرسیده بود که او اظهار بی‌خبری می‌کند. همسرم طبق معمول از من شاکی شد که او را بی‌اطلاع گذاشته‌ام. من گفتم حالا که یک نفر از فامیل خودشان به شما خبر داده است، حتما زنگ بزن و احوالش را بپرس و به دیدنش هم برو و تأکید کن که چه کسی شما را مطلع کرده است!

ما در یکی از کشورهای اروپایی از بیمارستانی دیدن کردیم که رییس آن بیمارستان، همه فضاها از پشت بام تا زیرزمین و حتی سیستم‌های حفاظتی مجموعه را به ما نشان داد، اما همین که به بخش بیماران رسیدیم و من خواستم در یکی از اتاق‌ها را باز کنم تا فضای فیزیکی اتاق را ببینم، مچم را گرفت و گفت اینجا حریم شخصی مریض است! گفتم شما که همه‌جا را نشانمان دادید، از بیمار اجازه بگیرید تا وارد شویم. گفت ترجیح می‌دهم احتیاط کنم و از بیمار چنین درخواستی نداشته باشم، چون شاید او از روی رودربایستی اجازه بدهد اما راضی و راحت نباشد. اجازه بدهید بگردم و اتاقی خالی پیدا کنم تا آن را ببینید.

*** چه اصراری برای دیدن اتاق‌ها داشتید؟**

– دلیل خاصی داشتم. ما برای بررسی شیوه درمان تشنج به آنجا رفته بودیم و قرار بود با سیستمی آشنا شویم که درآن، بیمار را شبانه‌روز با دوربین تحت نظر قرار می‌دادند و همزمان، از او نوارمغزی می‌گرفتند. در واقع الکترودها را روی سر بیمار می‌چسباندند و ۲۴ ساعته از او نوارمغزی می‌گرفتند و از طرفی دوربین نیز از بیمار فیلم می‌گرفت. سپس نتایج این دو کار را با هم مقایسه می‌کردند تا متوجه شوند بدن و مغز چگونه یکدیگر را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند، مثلا بدانند کدام حرکات بدن بیمار ارادی و کدام‌یک غیرارادی و تحت‌تأثیر تشنج است. من کنجکاو بودم بدانم در این سیستم، آیا در دستشویی هم به فیلم گرفتن ادامه می‌دهند یا نه، زیرا این احتمال وجود دارد که بیمار چند روز تحت مراقبت باشد، اما درست وقتی به دستشویی می‌رود دچار تشنج شود. اگر در آنجا فیلم نگیریم، موفق به ثبت تغییرات مغز نمی‌شویم و اگر فیلم بگیریم، حریم‌خصوصی او نقض می‌شود. سوالم این بود که در دنیا برای این مورد چه تمهیدی اندیشیده‌اند.

سرانجام وارد یک اتاق خالی شدیم. متوجه دوربینی شدم که روبه روی تخت مریض، نصب و در عین حال پرده‌ای بین مریض و دوربین تعبیه شده بود. یعنی این‌گونه طراحی کرده بودند که هروقت خود بیمار تشخیص داد و دلش خواست تا از حریم‌شخصی‌اش استفاده کند (مثلا برای تعویض لباس)، بتواند پرده را بکشد و مانع فیلمبرداری از تختخواب خود شود، چه برسد به دستشویی!

*** چه تفاوت‌های دیگری حس کردید بین سیستم درمانی آنها با خودمان؟**

– در ادامه بازدید از بیمارستان، به مرکز کنترل دوربین‌ها رفتیم که آن هم تجربه جالبی بود. در میان بیماران همه‌جور آدمی دیده می‌شد، حتی یک دختر کاملا محجبه لبنانی. این که در قلب اروپا، مسلمانی اصرار داشت تا اعتقاداتش را حفظ کند، برایم جالب بود. همین که دوربینم را از جیبم بیرون آوردم، باز هم رییس بیمارستان جلویم را گرفت و گفت بدون اجازه بیماران حق نداریم حتی از تصاویر آنها هم تصویر بگیریم!

ما حق نداریم برای دیگران تعیین‌تکلیف کنیم، نه درحد شعار، بلکه به معنای واقعی کلمه. ما به‌عنوان پزشک، مسئول حفظ حریم شخصی افرادیم.

***اخلاق پزشکی و حفظ حریم شخصی بیمار به‌عنوان بخشی از آن، در ایران تا چه حد رعایت می‌شود؟**

– وقتی من پزشک شدم، پدرم به من گفتند این را بدان که بسیاری از بیمارانی که اظهار دل درد می‌کنند، دردِدل دارند و بسیاری از بیمارانی که با سردرد مراجعه می‌کنند، دچار دردسر شده‌اند. کمی به حرف آنها گوش کن و پای درددلشان بنشین، راحت می‌شوند! پزشک باید از طبع لطیف مادرانه و اقتدار پدرانه بهره‌مند باشد تا بتواند طبیبانه پای درد دل بیماران بنشیند و حکیمانه سعی‌کند تا از آنچه باعث گرفتاری بیمارانش شده است، نجاتشان دهد.

همچنین وقتی که من متخصص جراحی مغز و اعصاب شدم، پدرم به من گفتند خوشحالم که متخصص شده‌ای. پزشکان مجازند تا از دو وسیله که در اختیارشان گذاشته شده برای درمان بیماران استفاده کنند، اول مرهم (درمان طبی) و دوم نیشتر (درمان جراحی). گرچه تو جراح شده‌ای ولی سعی کن در زندگی تا می‌توانی مرهم زخم‌های بیمارانت باشی تا نیشتر آبسه‌هایشان.

به‌عبارت دیگر هدف از تربیت پزشک و کادر پزشکی، نگاهی کاسبکارانه به طبابت نیست. طبابت با تعمیر و مرمت اجسام تفاوتی ماهوی دارد.

هدف از تربیت پزشک و کادر پزشکی در جامعه انسانی، پیشگیری از درد و رنج و تأمین سلامتی انسان‌ها و انتظار از تربیت پزشک و کادر پزشکی در جامعه انسانی آن‌است که همه بیماران و همراهانشان در راهروهای مراکز بهداشتی و درمانی سراسر کشور زمزمه کنند:

گر طبیبانه بیایی به سر بالینم
به دو عالم ندهم لذت بیماری را!

***یکی از نقاط قوت متخصصان طب سنتی یا به تعبیر جدید متخصصین طب ایرانی همین است که پای دردِدل بیمار می‌نشینند و عملکردشان به روش موردنظر شما نزدیک‌تر است. درباره طب سنتی– اسلامی و بحث‌هایی که درباره آن صورت می‌گیرد چه نظری دارید؟ جایگاه آن در مقایسه با طب امروزی چیست؟**

***در بخش خصوصی نظارت بر درمان بیمار بسیار جای تامل دارد**
***امروز می‌بینیم که هرکس در نظام سلامت کشور به افراد و جامعه هزینه بیشتری تحمیل کند، مورد تشویق قرار می‌گیرد**
***راه‌اندازی سیستم پزشک خانواده و طرح ارجاع، جزو تعهدات اکثریت قریب به اتفاق وزرای جمهوری اسلامی ایران در زمان ارائه برنامه‌هایشان به مجلس بوده اما متأسفانه به علت نداشتن عزم و اراده جدی، در عمل اجرایی نشده است**
***حذف مراکز علمی و تحقیقاتی از بحث و بررسی طرح‌های اجرایی و کم‌توجهی به اظهار نظرات کارشناسان در حوزه‌های مدیریتی مشکل‌ساز می‌شود**

– قبل از دوران رنسانس و گسترش طب‌غرب، کشورهای گوناگون نظیر ایران، یونان، هند و دیگر کشورها از روش‌های درمانی گوناگونی استفاده می‌کردند که به نام طب سنتی آن کشورها شناخته می‌شود. نکته مهم در آن نوع طب این بود که پزشک یا درمانگر، نگاهی جامع‌نگر (Holistic) به بیمار داشت (مشابه آنچه ما در ایدئولوژی دینی خود به عنوان نگاه توحیدی و الهی می‌شناسیم). حکیم از زندگی بیمار خبر داشت و از او سوال می‌کرد که مثلا همسرت چطور است؟ دعوا نکرده‌اید؟ پله‌های بلند خانه را تعمیر کردی؟ و سوالات دیگر درباره مسایلی که می‌تواند در روند بیماری، روحی یا جسمی، تأثیر بگذارد. آنها چهار بعد معنوی، زیستی، روانی و اجتماعی فرد را بررسی می‌کردند و بر مبنای آن بیماری و درمان را تشخیص می‌دادند.

***کلی‌نگر بودن در تشخیص و درمان یعنی چه ؟**

– ببینید، این که مثلا من بگویم به دلیل داشتن تخصص چشم، فقط جراحی چشم انجام می‌دهم و کاری به باقی مشکلات بیمار ندارم، گرچه توجیهی منطقی به نظر می‌رسد، اما درست نیست. زیرا ممکن است من چشمی را عمل کنم که پشت سرش اصلا مغزی وجود نداشته باشد که بتواند ببیند!

ما در پزشکی موظفیم یک نگاه کلی به فرد داشته باشیم تا همه مسایل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی او را همزمان ببینیم و سپس تصمیم بگیریم. در غیر این‌صورت شاید برای کسی که با مشکل سوءتغذیه مراجعه کرده است، نسخه‌ای بنویسیم که قادر به تهیه‌اش نباشد، زیرا توجه نکرده‌ایم که سوءتغذیه او ناشی از مسایل اقتصادی است. اگر بیماری با نشانگان تروما (جراحات ناشی از حوادث) مراجعه کرد، باید بپرسیم چه اتفاقی برایش افتاده‌است. اگر دختر جوانی را که ساعت ۹ صبح از روی پل عابر پیاده افتاده‌است، بعد از پانسمان و گچ گرفتن موضع شکسته، نزد روان‌پزشک نفرستیم یا توجه نکنیم که ممکن است تشنج کرده و افتاده باشد، دفعه بعد از طبقه پنجم ساختمان سقوط خواهد کرد یا در حال رانندگی دچار تشنج می‌شود و دیگران را هم به کشتن می‌دهد.

***این نگاه جامع‌نگر چگونه به درمان بیماری منجر می‌شود؟**

– بسیاری از مشکلات منجر به بیماری‌ها، زمینه های روانی دارند. مرد در میهمانی به همسرش متلک می‌گوید و همه می‌خندند، زن زجر می‌کشد اما نمی‌تواند این مسأله را جایی مطرح کند. بیماری‌های روان‌تنی، ناشی از این گونه مسایل هستند، مثلا ممکن است خانمی به دلیل اختلال در گویایی، سین را شین تلفظ کند و حرف زدن او دستمایه خندیدن دیگران شود، او از حرف‌ها می‌رنجد و کمر دردش تشدید می‌شود. کارش به پزشک می‌کشد و می‌گوید من عمری است دارم زحمت می‌کشم و کسی قدر نمی‌داند، لذتی از زندگی نمی‌برم. در نهایت متوجه می‌شوی که باید به شوهرش بگویی اگر زندگی‌اش را دوست دارد، نباید به همسرش بخندد، باید با همسرش بخندد.

بیمار در مراجعه به پزشک ابتدا ممکن‌است همه مشکلاتش را بیان نکند. این پزشک است که باید به بیمارش فرصت بدهد تا اعتماد لازم به‌وجود بیاید و بالاخره پزشک بفهمد مشکل یا مشکلات بیمار چیست. برای همین است که یک کامپیوتر هرگز نخواهد توانست نسخه بنویسد، زیرا نمی‌تواند مفاهیم انسانی و روانی را استخراج کند.

*** گرچه در اعتقاداتمان، همه چیز قاعده‌مند است و به‌ندرت به استثنایی بر می‌خوریم اما در عمل استثنایی رفتار می‌کنیم و باید بگردیم تا قاعده‌ای پیدا کنیم!**
***یکی از اعتراضات جدی به خبرنگاران، به‌ویژه در صداوسیما این است که چرا عکس و فیلم افراد مطرح جامعه را در حالت‌های ناخوشایندی مانند کما پخش می‌کنند؟**
***بسیاری از بیمارانی که با دل‌درد به پزشک مراجعه می‌کنند، دردِدل دارند و بسیاری از بیمارانی که نزد پزشک اظهار سردرد می‌کنند، دچار دردسر شده‌اند**
***پزشک باید از طبع لطیف مادرانه و اقتدار پدرانه بهره‌مند باشد تا بتواند پای درددل بیماران بنشیند و سعی کند تا آنها را از آنچه باعث گرفتاریشان شده نجات دهد**
***ما در پزشکی موظفیم یک نگاه کلی به فرد داشته باشیم تا همه مسایل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی او را همزمان ببینیم و سپس تصمیم بگیریم**
***توقع مردم از جامعه پزشکی بالاست، پس با دیدن حتی یک لکه روی آیینه تمام‌قد ایثار و فداکاری جامعه پزشکی، دلگیر می‌شوند**

*** فهم مشترک میان پزشک و بیمار درباره ریشه بیماری چه اهمیتی دارد؟**

– مورد داریم که بیماری مراجعه کرده و می‌بینیم از دو طرف لگنش چرک می‌آید، تقریبا فلج شده و چهاردست و پا حرکت می‌کند. بعد از معاینه و گفتگو متوجه می‌شویم ظرف یک‌سال، میلیون‌ها تومان برای آمپول «پتیدین» هزینه کرده است، یعنی به خودش مخدر آرامبخش تزریق می‌کند و می‌خوابد، فقط برای این‌که از درد نعره نزند. سال‌ها دارو را سرخود تکرار کرده و آن‌قدر خوابیده که دوطرف لگنش زخم شده است. بعد از بررسی‌های مختلف مشخص می شود که علت اصلی، افسردگی شدید است نه فلج اندام‌ها.

بیمار دیگری شاکی است که چرا آن‌دفعه گفتی جراحی کن، این‌دفعه می‌گویی جراحی لازم نیست؟ بله، حرف من یکی نیست. ممکن است امروز به شما بگویم پایت را که شکسته است، باید گچ بگیری، بعد از چندماه که دیگر گچ نمی گیریم. اگر پا بد جوش خورده‌باشد، باید آن را دوباره شکست و گچ گرفت. برای درمان یک زخم، اگر زود مراجعه کنید، آن را بخیه می‌کنند، اگر دیر بیایید، جراحی ترمیمی و زیبایی لازم است.

پزشک در هنگام تجویز دارو، علاوه بر بیماری، باید عادات غذایی و نوع داروهای دیگری که بیمار مصرف می‌کند را نیز بداند، زیرا برخی داروها نه تنها با یکدیگر، بلکه با برخی غذاها نیز تداخل دارند و نمی‌توان آنها را همزمان مصرف کرد.

***در زمینه درمان در کشور ما هیچ راهنمای بالینی مشخص و واحدی وجود ندارد. هر پزشکی روش درمان خاص خودش را دارد که تنوع این روش‌ها برای بیمار و دولت، هزینه‌ساز است و باعث مراجعات مکرر بیمار به پزشکان مختلف می‌شود. برای حل این مشکل چه می‌توان کرد؟**

– نه این‌طور نیست، راهنماهای بالینی متعددی طراحی و ابلاغ شده است، گرچه اینها ضرورت دارد به‌روز رسانی شوند. اما نظام‌درمانی کشور آن‌قدر باز گذاشته شده که در مواردی افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی دخالت می‌کنند و نظارت مورد انتظار اعمال نمی‌شود. به نظر می‌رسد تا زمان اجرای طرح‌های پزشک خانواده و سیستم ارجاع در سرتاسر مملکت، نظارت به‌طور سیستماتیک امکان‌پذیر نخواهد بود. راه‌اندازی سیستم پزشک‌خانواده و طرح ارجاع، جزو تعهدات اکثریت قریب به‌اتفاق وزرای جمهوری اسلامی ایران در زمان ارائه برنامه هایشان به مجلس بوده اما متأسفانه به‌علت نداشتن عزم و اراده جدی، در عمل اجرایی نشده است.

***دکتر «مرتضی شیخ»، پزشک نیکوکار تهرانی که سال‌ها در ماکو و مراغه و سیستان و بلوچستان و مشهد خدمت کرد، از مردم پول نمی‌گرفت و هرکس هرچه می‌خواست در صندوقی کنار میز او می‌انداخت. هنوز هم تعداد پزشکانی از جنس دکتر شیخ، کم نیست. بسیاری از ما زنان و مردانی را به یاد می‌آوریم که با یک سبد تخم‌مرغ یا میوه یا یک سطل ماست به جای حق‌ویزیت، نزد پزشک آشنای روستا و شهرشان می‌رفتند؛ معامله پایاپایی که شاید هنوز در گوشه و کنار کشورمان میان پزشک و بیمار وجود داشته باشد.**

اما در روزگاری که تکنولوژی شتاب‌زده پیش می‌رود و مفاهیمی مانند اقتصاد و فرهنگ را دگرگون می‌سازد و هرلحظه به رنگی درمی‌آورد، آیا چنین ارتباطی میان پزشک و بیمار محلی از اعراب دارد؟ در شهرهای کوچک و بزرگ، درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها پی‌درپی افتتاح می‌شوند و در آنها کمتر احتمال دارد که آشنایی میان پزشک و بیمارانش وجود داشته باشد. در این صورت بده و بستان میان طبیب و مریض چگونه باید باشد؟ نظام سلامت جامعه چطور باید طراحی شود تا اقشار کم‌درآمد جامعه به دلیل تنگدستی، از درمان بیماری‌های خود و خانواده‌شان بازنمانند؟

– افرادی که در حوزه‌های پزشکی و پیراپزشکی فعالیت دارند، عموما جزو بهترین‌ها هستند، زیرا داوطلبانه و بی‌منت، علم و وقت خود را هزینه می‌کنند. پیش از انقلاب، در بحران‌های مختلف مانند سیل و زلزله، پزشکان در رأس افرادی بودند که برای کمک می‌رفتند. به عنوان مثال در سال ۱۲۷۲ هجری شمسی و در جریان زلزله قوچان و بجنورد، پزشکی به نام امیرخان امیراعلم با احداث یک درمانگاه صحرایی در منطقه، به درمان مجروحان آن واقعه پرداخت. او که در لیون فرانسه درس خوانده و حتی پایان‌نامه خود را با موضوع «حفظ‌الصحه در اسلام» نوشته بود، پس از پایان تحصیلاتش به کشور برمی‌گردد و در کنار خدمات داوطلبانه، بیانیه صلیب سرخ جهانی را ترجمه می‌کند و ضمن ارائه آن به احمد شاه، او را توجیه می‌نماید تا با امضای ولیعهد، جمعیت شیر و خورشید سرخ را بنا بگذارد. وی در طی دوران قاجار و پهلوی خدمات بسیاری ارائه می‌دهد و بیمارستان نسوان را راه‌اندازی می‌کند که همه کارکنانش زن بودند. این بیمارستان بعدها امیراعلم نامیده می‌شود.

در دوران انقلاب سال ۱۳۵۷ نیز پزشکان به مبارزان مصدوم کمک می‌کردند؛ کسانی چون دکتر محمدعلی ابوترابی که عوامل رژیم شاه، خانه‌اش در نجف‌آباد اصفهان را آتش زدند اما او دست از کمک برنمی‌دارد و در زمان جنگ نیز مکرر به جبهه می‌رود و حتی زمانی که تنها پسرش مجید در عملیات شهید می‌شود و به او خبر می‌دهند، بدون آن که خم به ابرو بیاورد، سر کار خود برمی‌گردد و می‌گوید همه این رزمندگان فرزندان من هستند.

ما چنین نمونه‌هایی در میان پزشکان کم نداریم. طی هشت‌سال دفاع مقدس تقریبا همه اقشار جامعه درگیر جنگ بودند. پس از پایان جنگ، ظاهرا کار همه دست اندرکاران دفاع مقدس تمام شد، اما یکی از گروه‌هایی که همچنان فعالانه با مسایل دوران جنگ درگیر است، پزشکان هستند که هنوز درگیر درمان و رسیدگی به مشکلات جانبازانند. حتی آن دسته از پزشکان که اعتقادی به جنگ نداشتند و در آن شرکت نکردند، همچنان به درمان جانبازان مشغولند.

اعتمادی که مردم به جامعه پزشکی دارند، نتیجه وجود چنین پزشکانی است. باید توجه کرد که توقع مردم از جامعه پزشکی بالاست، لذا با دیدن حتی یک لکه روی آیینه تمام‌قد ایثار و فداکاری جامعه پزشکی، تابلوی خدمات پزشکی را لکه دار می‌بینند و دلگیر می‌شوند.

***اما در سال‌های اخیر، گاه از پزشکانی می‌شنویم که در مطب خود همزمان به تجارت می‌پردازند یا فقط در بیمارستان‌های خصوصی ویزیت می‌کنند و رحمی نسبت به بیمار ندارند و تنها به سود بیشتر می‌اندیشند. اخلاق پزشکی در این‌باره چه می‌گوید؟**

دلیل این که امروز رابطه مالی بین پزشک و بیمار، یکی از معضلات حوزه سلامت است، به نگاه جزء نگر، بخشنامه‌های کارشناسی نشده، تغییرات بدون استدلال و سلیقه ای در الگوهای وارداتی به بهانه بومی سازی، دستورالعمل‌های ابن‌الوقت و بالاخره اجرای نادرست آنها در دوره‌های مختلف مدیریتی برمی‌گردد. این‌که تعرفه‌های حق العلاج در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی و خیریه یکسان نیست، زمینه رابطه مالی غیر قابل کنترل را ایجاد می‌کند و قوانین اجباری و بخشنامه‌های دستوری برای کار کردن پزشکان دریک مجموعه بیمارستانی عملا ضمانت اجرایی پیدا نمی‌کند.

یکی از مصوباتی که به رابطه مالی غیر معقول بین پزشک و بیمار دامن زد، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها بود. وقتی مدیریت‌های بیمارستانی به خود اجازه دادند تا برای هزینه‌های تخت روز و غیره مابه‌التفاوت بگیرند، پزشکان هم مابه‌التفاوت دستمزد را حق خود دانستند.

مجوز تعرفه‌های خصوصی نیز متاسفانه شاغلان دستگاه‌های دولتی از جمله اعضای هیأت‌های علمی دانشگاه‌ها را مشتاق خدمت در بخش خصوصی کرد. اینها توجیهی شد تا بعضی از اعضای هیأت‌های علمی دانشگاه‌ها در مواجهه با بیمار از خود سلب مسئولیت کنند و بگویند در بیمارستان دانشگاهی، انترن و رزیدنت عمل جراحی انجام می‌دهند و من در بیمارستان خصوصی عمل می‌کنم. بیمار در نظام آموزشی پزشکی، به‌طور نانوشته وکیل مدافعانی دارد، زیرا انترن و رزیدنت برای آموزش خودشان هم که شده، از همه درمانگران حق سوال کردن دارند و لذا همه چیز را رصد می‌کنند، اما در بخش خصوصی نظارت بر درمان بیمار بسیارجای تأمل دارد. بعضی از اعضای هیأت علمی دانشگاه یا دیگر شاغلان دستگاه‌های دولتی ساعت ده صبح در بخش خصوصی دیده می‌شوند.

*** از ۲۲ سال پیش طرحی در قالب قانون خودگردانی بیمارستان‌ها مطرح شد که مطابق آن، پزشکان و برخی گروه‌های غیرپزشکی به هر نسبت که در بیمارستان دولتی کار کردند و درآمدزایی داشتند، بخشی از درآمد آنها به عنوان کارانه به خودشان پرداخت شود و بخشی دیگر برای بیمارستان‌باشد.**

در واقع وزارت بهداشت با بسیاری از این پزشکان رابطه حقوقی ندارد، بلکه به آنها می‌گوید بعد از گذراندن طرح، به جای این‌که بروی مطب بزنی، بیا و در بیمارستان دولتی کار کن. بیمارستان، تجهیزات و مریض از وزارت بهداشت و کار از تو، هر چقدر که درآمد داشتی بین دو طرف تقسیم شود.

به گفته وزیر بهداشت، اگر بگوییم این متخصصان از بیمارستان‌های دولتی بیرون بروند و برای خودشان کار کنند، هزینه‌های مردم چهار تا پنج برابر افزایش می‌یابد و بیمارستان‌های دولتی ورشکسته می شوند. با همه این حرف‌ها آیا طرح کارانه به اهداف خود دست پیدا کرد؟

– شاید در طرح کارانه کار دقیق کارشناسی انجام نگرفته و شاید نیاز به تحقیقات میدانی دارد تا مشخص شود که این طرح چقدر در تحول نظام سلامت موثر بوده و آیا توانسته رابطه پزشک و بیمار را بهتر کند یا نه.

برای طرح یک موضوع باید مطالعات عمیق زیربنایی داشته باشیم. در حال حاضر گاهی طرح‌هایی مطرح می‌شود که پژوهش‌های پیش از آن چندان عمیق نیست. همچنین وقتی طرحی اجرا می‌شود، یک گروه پژوهشگر بی‌طرف باید نتایج آن را به صورت میدانی بررسی کنند. متأسفانه طرح‌های اجرایی به جای آرمان‌ها تقدس پیدا کرده‌اند و نقد آنها دشوار شده‌است. در این شرایط جای اصل و فرع عوض شده و کار کارشناسی انجام‌نمی‌گیرد.

در دنیا وقتی برای رفع معضلی، طرحی اجرا می‌شود، بعد از مدتی در اجرای آن طرح بازنگری می‌کنند تا ببینند آیا معضل مربوطه را حل کرده یا چند معضل دیگر هم به آن افزوده است؟ دلیل این که امروز رابطه مالی بین پزشک و بیمار، یکی از معضلات حوزه سلامت است، به جایی برمی‌گردد که روزی نظام سلامت جامعه به این نتیجه رسید که طرح کارانه را پیاده کند. پیش از آن متخصصان حوزه سلامت پول ثابتی می‌گرفتند و ناچار به ارائه خدمات بودند، اما در طرح کارانه به آنها گفته شد بر اساس میزان کاری که انجام می‌دهید پول خواهید گرفت. بعد هم کتاب تعرفه‌های کالیفرنیا را ترجمه کردند و مبنا قرار دادند.

چه موقع بررسی کردیم که پس از اجرای این طرح چه اتفاقی افتاد؟ چرا در تعرفه‌های کالیفرنیا دست بردیم و بر اساس چه منابعی به اسم بومی‌سازی، معیارهای آنها را عوض کردیم؟ وقتی دیدیم این کار منجر به افزایش آمار سزارین شده است، تعرفه زایمان طبیعی را بالا بردیم تا انگیزه سزارین کردن بیشتر نشود. شاید این منطقی باشد اما در مورد بقیه‌اش چطور؟ باید دید اصولا به دلیل اصلاح وضعیت رسیدگی به بیمار است که تعرفه‌ها تغییر می‌کند یا به انگیزه‌های مالی؟ چرا در اصل بحث کارانه بازنگری نمی‌شود؟ این همه دانشجوی دانشکده مدیریت بیمارستانی داریم که می‌توان بررسی میدانی این گونه طرح‌ها را به آنها سپرد. در امور اجرایی به نوعی بدنه کارشناسی مملکت کنار گذاشته شده است. به‌علاوه هرچند گاهی از ارتباط صنعت و دانشگاه یا مراکز تحقیقاتی و پژوهشی صحبت می‌شود لکن به نظر می‌رسد مدیران اجرایی نیازی به همکاری با دانشگاه یا مراکز تحقیقاتی و پژوهشی در ارتباط با طرح ها یا اقدامات مدیریتی در حوزه‌های تحت مسئولیت‌خود نمی‌بینند.

*** به جز تحقیقات میدانی، چه اقداماتی می‌توان برای بهبود وضع موجود انجام داد؟**

– باید دید اگر کسی برای نظام سلامت، هزینه‌سازی کند، چه خطری برای او دارد و اگر نکند، چه منافعی در آن خواهد بود. در حال حاضر بعضی از کارکنان اتاق عمل ترجیح می‌دهند انواع وسایلی را که ممکن است طی جراحی مورد استفاده قرار بگیرند، از بسته‌بندی استریل خارج کنند و بچینند تا من صدا نزنم و نگویم چرا فلان وسیله را باز نکرده‌اید. بداخلاقی من نوعی و تنبلی برخی کارکنان اتاق عمل باعث می‌شود میلیاردها کالای پزشکی که با دلار و یورو وارد کشور می‌شود، بدون آن‌که مورد استفاده قرار گیرد فقط از استریل خارج شده و دور ریخته شود.

البته در زمان‌های بحرانی مانند دوران جنگ تحمیلی، مجبور بودیم طور دیگری عمل کنیم. الان همه به طرف استفاده از وسایل یک‌بارمصرف رفته‌اند که در سلامت بیمار اهمیت دارد و از نظر اقتصادی نیز به صرفه است، زیرا هزینه نگهداری و استریل مجدد ابزار پزشکی بیشتر از هزینه به کار بردن وسایل جدید می‌شود، اما هیچ سیستم تشویقی برای پزشک یا کادر پزشکی که سعی دارد صرفه جویی کند و وسایل غیرلازم را بیهوده باز نکند، وجود ندارد.

اگر شما به رستوران بروید و به جای ران مرغ، یک مرغ کامل سفارش بدهید، قطعا رستوران‌دار خوشحال‌تر خواهد شد، اما بقیه آن را دور می‌ریزد که به نفع هیچ‌کس نیست. پس چگونه می‌توان در یک رستوران صرفه‌جویی کرد؟

در سال‌های آرامش سوریه، وقتی در رستوران‌های شهرک «مزه» در دمشق، غذای خود را به پایان می‌بردید، برای نوشیدن چای و قهوه به میز دیگری هدایت می‌شدید. در فاصله‌ای که شما چای می‌نوشیدید، گارسون‌ها غذاهای نیم‌خورده شما را جمع‌آوری و هریک را به شکلی مرتب و تزیین شده در ظرف مخصوصی بسته‌بندی می‌کردند، در واقع یک نیم‌وعده پاکیزه فراهم می‌شد که موقع خروج از رستوران به دست شما می‌دادند و می‌توانستید آن را به خانه ببرید یا به کسی بدهید. آن رستوران روشی متفاوت برای مطرح کردن خودش پیش گرفته بود که البته به جلوگیری از اسراف نیز می‌انجامید.

***حتی آن دسته از پزشکان که اعتقادی به جنگ نداشتند و در آن شرکت نکردند، همچنان به درمان جانبازان مشغولند**
***تا زمان اجرای طرح‌های پزشک خانواده و سیستم ارجاع در سرتاسر مملکت، نظارت به‌طور سیستماتیک امکان‌پذیر نخواهد بود**
***امروز رابطه مالی بین پزشک و بیمار، یکی از معضلات حوزه سلامت است**
***نگاه جزءنگر، بخشنامه‌های کارشناسی نشده، تغییرات بدون استدلال و سلیقه‌ای در الگوهای وارداتی به بهانه بومی‌سازی و اجرای نادرست آنها در دوره‌های مختلف مدیریتی، در نظام سلامت مشکل‌ساز شده‌اند**
***اگر تعرفه‌های حق العلاج در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی و خیریه یکسان بود، نیازی به قوانین اجباری و بخشنامه‌های دستوری برای کارکردن پزشکان در یک مجموعه بیمارستانی نبود**
***بیمار در نظام آموزشی پزشکی، به‌طور نانوشته وکیل مدافعانی دارد که برای آموزش خودشان از همه درمانگران حق سوال کردن دارند و همه چیز را رصد می‌کنند**

امروز می‌بینیم که هر کس در نظام سلامت کشور به افراد و جامعه هزینه بیشتری تحمیل کند، مورد تشویق قرار می گیرد، در حالی‌که سیاست کلی امروز در جامعه ما نیز اقتصاد مقاومتی است و همه روی آن توافق دارند، اما در این مورد باید الگوهایی پیدا کرد که بتوان آنها را توسعه داد. باید سیستمی طراحی شود که در آن، کمتر مصرف کردن و صرفه جویی تشویق شود و جایزه داشته باشد.

*** شاید هم به دلیل افزایش مهاجرت و فرار مغزها، تعداد پزشکان نیکوکاری که به فکر ارتقای کیفیت کارشان باشند، در داخل کشور کمتر شده باشد.**

– این حرف درست نیست، مثل حرف همان عده‌ای که می‌گویند پزشکان نیکوکار می‌توانند در مواردی که بیمار توان مالی ندارد، از حق‌العمل خود چشم‌پوشی کنند. اتفاقا نظام اقتصادی امروز در ایران اجازه نمی‌دهد وجود پزشکانی مانند دکتر شیخ دردی از بیماران دوا کند، زیرا در روزگاری که امثال آقای دکتر شیخ ۵ تومان ویزیت دریافت می‌کردند، قیمت داروهای نسخه پزشک، نصف حق ویزیت آنها بود، بنابراین عمده مشکل بیمار، تهیه پول ویزیت بود، نه دارو. اما امروز هزینه ویزیت شدن در مطب متخصص طبق تعرفه بخش خصوصی، ۳۶ هزار تومان است، اما قیمت داروهای نسخه و عمل جراحی احتمالی بیماران، به چند میلیون تومان می‌رسد و دیگر این امکان وجود ندارد که پزشک مبلغ ویزیت بیماران نیازمند را لای نسخه آنها بگذارد و به درمانشان امیدوار باشد.

هزینه بیمار خیلی بیشتر از حق‌العمل جراح است و بیمارستان نیز در هرحال، درصدی از حق‌العمل جراح را در قبض بیمار می‌نویسد و دریافت می‌کند، یعنی تمام آنچه در صورتحساب تحت عنوان حق‌العمل نوشته می‌شود، به جراح نمی‌دهند، بلکه او بین ۴۵ تا ۹۰ درصد آن را دریافت می‌کند، زیرا می‌گویند بیمارستان امکانات لازم را فراهم کرده است تا پزشکان بتوانند جراحی کنند.

آسیب‌شناسی این موضوع نیز به نیت خیر کسانی برمی‌گردد که در دهه اول انقلاب، مراکز غیر دولتی راه اندازی کردند و با توجیه جذب پزشکان و متخصصان، بالاتر از معمول پرداخت کردند. آن مراکز بعدها پایه لق ایجاد زیرمیزی شد. همان طور که تغییر در نرخ بنزین و دونرخی کردن آن زمینه سوء استفاده و فساد را فراهم کرد، هر جا در زمینه های مختلف، چنین تقسیم‌بندی‌هایی انجام شد، شاید به طور مقطعی مدتی به نفع یک قشر ضعیف شد اما در بلندمدت زمینه فساد را ایجاد کرد. در نظام پزشکی نیز همین طور است، یعنی طرح خودگردانی سازمان‌ها وقتی به بیمارستان‌های دولتی هم سرایت کرد، به تفاوت درآمدها دامن زد.

*** در این میان مراکز درمانی خیریه چه نقشی دارند؟**

– مراکز درمانی و بیمارستان‌های خیریه وقتی می‌توانند نقش مثبت و موثری در نظام سلامت بازی کنند که مانند مراکز و بیمارستان‌های درجه‌یک به همه شهروندان سرویس بدهند و سپس از کسانی که تشخیص می‌دهند توان مالی ندارند، چیزی نگیرند یا به آنها تخفیف بدهند.

به‌طور کلی دو آفت برای مراکز درمانی وبیمارستان‌های خیریه وجود دارد: اول این‌که خیریه‌ای برای شهروندان درجه دو و سه طراحی شده باشد و موسسان آن، حاضر نباشند همسر و فرزندان خود را به آنجا ببرند یا اگر هم ببرند، زنگ بزنند و سفارش کنند تا جور دیگری به آنها رسیدگی شود. دوم این‌که موسسان بخواهند از جیب دیگران و در حقیقت به‌وسیله یارانه‌ای که گروه پزشکی می پردازند، خیریه درست کنند.

مراجعه‌کنندگان این‌گونه خیریه ها به‌خوبی موضوع را درک می کنند و با بی اعتمادی از آنجا خدمات خواهند گرفت.

*** درباره طرح‌تحول نظام سلامت، زمزمه‌های نگران‌کننده دیگری هم شنیده می‌شود. پرسش‌هایی جدی درباره زیرساخت‌ها و تأمین بودجه لازم برای این طرح وجود دارد. این نگرانی‌ها تا چه حد می‌تواند به‌جا باشد؟**

– یکی از نعمت‌های الهی باران است و همه با باریدن آن شاد می‌شوند اما همین باران اگر تبدیل به سیلاب شود، دیگر نعمت نیست، بلکه نقمت است. ما نگرانیم که در طرح تحول نظام سلامت هم همین اتفاق بیفتد، یعنی باران به سیل تبدیل شود. به نظرم طرح تحول سلامت مثل قطرات باران برای مردم رحمت الهی بود اما خدا کند ثمرات این طرح نیز مانند نعمت باران حفظ شود، زیرا که اگر رگبار آن طغیان کند، سیلابش خانمان‌برانداز است و خانه و کاشانه پزشک و بیمار را باهم بر سرشان ویران خواهد کرد.

در گذشته وقتی بیمار به بیمارستان مراجعه می‌کرد، به همراهانش می‌گفتند بروید سوند و دستکش و دیگر وسایل لازم را از بیرون بگیرید. امروز چنین چیزی نمی‌گویند و همه از این بابت خوشحالند. زیرا آن زمان مردم پول وسایل را حساب می‌کردند و به این نتیجه می‌رسیدند که بخش زیادی از هزینه‌های درمان را خودشان می‌پردازند و بیمه فقط درصدی از آن را تقبل می‌کند، اما الان برعکس شده و این نتیجه فعلی و موقت طرح تحول نظام سلامت است. اما اگر زمانی برسد که شرکت‌های بیمه دیگر از پس هزینه‌ها برنیایند و نتوانند پول پزشکان را به موقع پرداخت کنند، چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر روزی مراکز بهداشتی و درمانی نتوانند طلب‌هایشان را از بیمه‌ها وصول کنند و حق‌الزحمه پزشک و کادر پزشکی را بپردازند، یا علی‌رغم وجود تورم با بهانه های مختلف، تعرفه‌های تصویب شده بعد از اجرای طرح تحول سلامت کم شود یا به‌جای سعی در رفع تفاوت‌ها بین بیمه‌های پایه در طول زمان، به‌طورسازمان یافته این اختلافات تشدید شود، طغیان این سیلاب مشهود خواهد شد.

ما در زمینه این طرح و همه طرح‌های مشابه، دو معضل داریم که باید حل شود، اول آن که به قضایا مانند کارگاه زودبازده نگاه نکنیم و دنبال روش‌های فوری برای حل مشکلات نباشیم. ما همیشه فکر می‌کنیم دیر آمده‌ایم و زود باید برویم و جبران مافات هم بکنیم. امام امت (ره) همواره توصیه می‌کردند که ما مراقب دشمنانی که برای بیست‌سال بعد نقشه کشیده‌اند باشیم، پس چرا خودمان در خیلی از زمینه‌ها طراحی‌های بلندمدت نداریم؟

دوم آن‌که نباید جزئی‌نگر باشیم و فقط به این فکر کنیم که چگونه فرزندان و نزدیکان خودمان سلامت بمانند. مثلا من به‌عنوان یک پزشک حق ندارم برای درمان عفونت در بیمار، قوی‌ترین آنتی‌بیوتیک‌های ممکن را برای او تجویز کنم بلکه باید آنتی‌بیوتیک مناسب برای کف جامعه را بدهم تا مقاومت دارویی در جامعه بالا نرود، که اگر برود، فرزند خودم نیز گرفتار خواهد شد. متأسفانه به نظر می‌رسد علی‌رغم داشتن دستگاه‌های نظارتی مانند مجمع تشخیص مصلحت نظام و شورای‌عالی انقلاب‌فرهنگی، جامع‌نگری لازم در کشور ما به وجود نیامده است.

به‌عنوان یک مثال نگاه ما به سیستم بانکی جزئی‌نگرانه است. گفتیم بانک‌ها باید اسلامی و قرض‌الحسنه باشد، بعد دیدیم با این شیوه پول کمی به بانک می‌آید. دیگر فکر نکردیم طرح پیشنهادی بعدی چه منافع و مضاری برای کل جامعه در درازمدت خواهد داشت، فقط بانک را دیدیم و عقود اسلامی را طوری تعریف کردیم که منافع آن تأمین شود. منافع شخصی، بی‌تجربگی و جزئی‌نگری در ایجاد این وضعیت موثر بودند.

اصولا حذف مراکز علمی و تحقیقاتی از بحث و بررسی طرح‌های اجرایی و کم‌توجهی به اظهار نظرات کارشناسان در حوزه‌های مدیریتی مشکل‌ساز می‌شود. ما برای نقد مثبت و دلسوزانه جایزه نگذاشتیم و گاهی تنبیه هم در نظر گرفتیم. برگزاری کرسی آزاداندیشی در دانشگاه‌ها را به جلسات سیاسی و جناحی منحصر کردیم که به دلیل عواقب خاص آن عملا قابل اجرا نبود.

در طرح تحول سلامت نیز نگاهمان فقط این بود که هزینه‌های پزشکی برای مردم را جبران کنیم تا باری از دوش آنها برداشته شود و جلوی زیرمیزی را بگیریم. اما باید بررسی کنیم و ببینیم آیا طی سال‌های اخیر، این اتفاق افتاده یا طرح بدون در نظر گرفتن منابع مالی امکان ادامه حیات دارد؟

در پایان دوره اصلاحات، تجربه مشابهی داشتیم که طی آن، یک‌شبه حقوق استادان دانشگاه را دوبرابر کردند. آیا هیچ مرکز علمی بی‌طرفی از نگاه جامعه‌شناسانه بررسی کرد که این اقدام تا چه حد در ماندگاری و اثربخشی و پژوهش استادان تأثیر داشت؟

چطور ممکن است در یک شب راجع به حوزه‌های مدیریتی تصمیم‌گیری کرد؟ به‌جای آن‌که ادغام دستگاه‌ها ساعت یازده شب و انفکاک آنها ساعت یک و نیم بامداد در سایت‌ها اعلام شود، این موضوعات باید در روز روشن به مراکز پژوهشی و تحقیقاتی یا کرسی‌های آزاد اندیشی در دانشگاه‌های کشور سپرده وحاصل این مطالعات اجرایی شود.

***چه شد که طرح پزشک خانواده از اقبال لازم برخوردار نشد و موفق نبود؟**

– در کشوری مانند انگلستان چیزی به‌عنوان «تخصص» در پزشکی نداریم. به یک جراح اعصاب چیره‌دست نمی‌گویند «متخصص» بلکه به او می‌گویند «مشاور »، یعنی شما اجازه داری در زمینه جراحی اعصاب، پاسخ سوالات پزشک خانواده را بدهی. سیستم سلامت آن کشور همه مردم را تحت‌پوشش خود دارد. هرکس مریض شود، باید به پزشک خانواده مراجعه کند و او با توجه به پرونده پزشکی بیمار تصمیم می‌گیرد که او را نزد کدام پزشک بفرستد.

«طرح ارجاع» در ایران با این هدف آغاز شد که از وجود پزشک خانواده به بهترین شکل استفاده شود، اما نداشتن عزم و اراده جدی باعث شده است که این طرح جا نیفتد. من زمانی در مکه و مدینه مسئول بیمارستان بودم. در سیستم حج، پزشک کاروان را طراحی کرده بودند، از ایران برای افراد پرونده‌پزشکی تهیه می‌کردند و به عربستان می‌بردند. ما برای جاانداختن این موضوع، در آنجا وقتی حجاج به درمانگاه ایرانی می‌آمدند، از آنها می‌پرسیدیم نامه پزشک خانواده‌ات کو؟ بسیاری از افراد این نامه را نداشتند و همراهانشان می‌گفتند حالا شما ویزیت کنید، ایشان حاجی است و گناه دارد! کوتاه آمدن در برابر این تقاضا به معنای فاتحه طرح ارجاع در حج بود. زیرا اگر ما افراد را بدون پرونده پزشکی می‌پذیرفتیم، می‌رفتند و به همسفرانشان می‌گفتند به نامه پزشک خانواده نیازی نیست.

***با وجود پزشک خانواده، هزینه‌های نظام سلامت پایین می‌آید و بیماری‌ها در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شود**
***در حال حاضر بسیاری از پزشکان قراردادی با بیمه ندارند و بیمه هم نظارتی بر آنها ندارد**
***تا زمانی که نظارت وجود نداشته باشد، تزریق پول به مراکز درمانی می‌تواند فاجعه‌آمیز باشد**
***تصمیمات در حوزه مدیریتی باید به مراکز پژوهشی و تحقیقاتی یا کرسی‌های آزاداندیشی در دانشگاه‌های کشور سپرده و حاصل این مطالعات اجرایی شود**

در یکی از سال‌ها بالاخره مسئول هیأت‌پزشکی قبول‌کرد که ما قوانین را جدی بگیریم و از پذیرش بیماران بدون نامه پزشک‌خانواده خودداری کنیم. گروهی را هم در نظر گرفتیم تا مشکلات پیش‌آمده در مسیر کار را حل کنند. اگر فردی بدون نامه مراجعه می‌کرد، می‌گفتیم باید پیش پزشک عمومی بروی و اگر نیاز به متخصص وجود داشت، ایشان نامه ارجاع بدهد.

شب‌ها مسایل جدید را بررسی می‌کردیم که مثلا چرا فلان بیمار بدون نامه پزشک کاروان آمده است؟ متوجه می‌شدیم برخی از حجاج در مسیر زمین خورده‌اند یا دچار دل‌درد شده‌اند و به بیمارستان آمده‌اند. بنابراین تصمیم گرفتیم موارد اورژانسی را بپذیریم اما باز هم ابتدا پزشک عمومی آنها را ویزیت کند. در برخی موارد پزشک کاروان بی‌دقتی کرده بود، مثلا فرد با درد آپاندیس به او مراجعه می‌کرد ولی او فقط مسکن تجویز کرده بود. در این گونه موارد، امکان آموزش هم به دست می‌آمد.

بنابراین اگر مدیران قاطعیت و برنامه‌ریزی داشته باشند، در درازمدت مشکلات طرح پزشک خانواده حل می‌شود.

***پزشکی در ایران تخصص‌محور شده است و متخصصان در رأس امورند. آیا می‌توان گفت که با اجرای طرح پزشک خانواده، منافع متخصصان به خطر می‌افتد؟ از طرف دیگر بسیاری از مدیران بیمه، خودشان پزشک متخصص هستند. آیا این موضوع باعث نمی‌شود عزم کافی در مورد حل مشکلات نظام ارجاع و طرح تحول نظام سلامت نداشته باشند؟**

– سیستم ارجاع به نفع همه پزشکان است. زیرا من نوعی که جراح متخصص هستم، به جای ویزیت ۶۰ مریض که ممکن است فقط سه نفر از آنها به جراحی نیاز داشته باشند، ده مریض را ملاقات می‌کنم که شش نفرشان باید جراحی شوند!

سیستم ارجاع به نفع جامعه هم هست. پزشک خاص نمی‌تواند همیشه در کنار فرد حضور داشته باشد و معنی مراجعه به پزشک خاص، الزاما این نیست که بهترین نحوه حفظ سلامت در طول عمر فرد تضمین شده است.

پزشک خانواده در طول زمان، آموزش می‌بیند و نقاط ضعف خود را از بین می‌برد. همه باید نزد پزشک خانواده، پرونده داشته‌باشند و آزمایش‌های دوره‌ای را تحت‌نظر او انجام بدهند. در این صورت هزینه‌های نظام سلامت پایین می‌آید و بیماری‌ها در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شود.

امروز ما برای سرطان میلیون‌ها تومان خرج می‌کنیم اما طبق بخشنامه سازمان تأمین اجتماعی، پزشک این سازمان حق چکاپ ندارد و می‌گوید این جزو وظایف ما نیست، در حالی‌که اساس سیستم پزشک خانواده، بر مبنای چکاپ‌های دوره‌ای است که بر اساس آن می‌توان به تشخیص بیماری‌ها رسید.

راه اندازی این طرح گران و زمان‌بر است اما وقتی در زمان ضرب شود، می‌بینیم که ارزش دارد.

***آیا اگر مردم متوجه مزایای طرح پزشک خانواده شوند و از آن استقبال کنند، این طرح راحت‌تر اجرا نخواهد شد؟**

– این کار، یک کار حکومتی است و نمی‌تواند از مردم شروع شود. افراد ممکن است در شهر یا روستا تصمیم‌های متفاوتی بگیرند اما نگاه حکومتی باید منافع همه شهروندان را در یک سطح در نظر بگیرد تا همه به یک اندازه به نظام‌سلامت دسترسی داشته باشند. گاهی شما برای یک مریض در یک نقطه تصمیم می‌گیرید، اما گاهی به‌عنوان یک مسئول برای یک نظام تصمیم می‌گیرید و باید منافع ملی را در نظر داشته باشید.

وقتی نظام ارجاع را فقط برای روستاها در نظر بگیریم، روستاییان هم نارضایتی پیدا می‌کنند و به شهر می‌آیند. وجود این‌گونه تبعیض‌ها می‌تواند یکی از دلایل خالی شدن روستاها باشد.

طراحی سیستم ارجاع می‌تواند خصوصی و دولتی باشد. اگر میزان دستمزدها در این دو حوزه یکسان شود، بیمار بدون توجه به این که مشمول چه نوع بیمه‌ای است، به پزشکی در محدوده خود راهنمایی می‌شود.

***یکی از پاشنه‌آشیل‌های طرح تحول نظام سلامت، همین نظام بیمه است. نقدتان به این نظام چیست؟ در دعوای بین وزارت رفاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حق با کیست و متولی این امر کدام یک از آنهاست؟**

– بیمه یک صنعت است و بر اساس سود و زیان تنظیم می‌شود. وقتی بیمه، دولتی یا شبه‌دولتی شود، سود و زیان از بین می‌رود. بیمه یعنی افراد یا دولت در زمان سلامتی مبالغی می‌پردازند و بیمه با آن کار و درآمدزایی می‌کند. وقتی فرد دچار مشکل شد، شرکت بیمه طبق ضوابطی، هزینه‌های او را پرداخت می‌کند.

البته در دنیا بیمه‌های مختلفی وجود دارد، مثلا در آلمان، بیمه خاصی ایجاد شده است که فرد می‌تواند با پرداخت آن، از این امکان برخوردار شود که پس از مرگش، تا چند سال هر هفته گل ارکیده و شمع به قبرستان برده و روی قبر او بگذارند. این بیمه برای افرادی مناسب است که کسی را ندارند یا اقوامشان در شهر و کشور دیگری زندگی می‌کنند.

اول قرار بود که پنج میلیون نفر تحت پوشش بیمه قرار بگیرند، اما در عمل ۱۲ میلیون نفر بیمه شدند، بدون آن‌که پولی پرداخت کنند؛ آن هم افرادی که همگی بیمارند و تا به حال راهی برای درمان نداشتند، سقف و حساب و کتابی هم برای هزینه‌های درمانیشان در نظر گرفته نشده است.

در طرح تحول سلامت، بیمه‌ها نه سقف دارد، نه دیوار، یعنی بیمار می‌تواند چند بار به پزشکان مختلفی مراجعه کند. نظارت هم وجود ندارد، که اگر داشت، معلوم می‌شد کدام پزشک آزمایشات و روند درمانی درست را پیشنهاد داده است. بیمه‌ای که حساب و کتاب داشته باشد، به بیمار اعلام می‌کند که بر اساس ضوابط آن نزد پزشک برود و اگر مشکلی پیش آمد، بیمه پاسخگو خواهد بود، اما در حال حاضر بسیاری از پزشکان قراردادی با بیمه ندارند و بیمه هم نظارتی بر آنها ندارد. چک‌های سفیدامضای بیمه در اختیار این پزشکان است تا هر رقمی را دوست دارند روی آن بنویسند.

ایجاد حریم شخصی توسط کارکنان یک فروشگاه برای زایمان زنی در بیرمنگام انگلستان

***این رویکرد چه مشکلاتی را به دنبال خواهد داشت؟**

باید یقین داشته باشیم دولت امکان درمان را برای آحاد جامعه فراهم می‌کند. دستگاه‌های نظارت باید قبل از مشخص کردن تعرفه‌ها، کیفیت و شرایط را بررسی کنند. همان‌طور که قیمت کار یک استادکار تمام با یک فرد تازه‌کار متفاوت است و همان‌طور که در دانشگاه رتبه‌های علمی استادان براساس تجربه و توان علمی آنها تعیین می‌شود، باید حق ویزیت متخصصان هم بنا به مهارتشان با یکدیگر متفاوت باشد.

یکی دیگر از مشکلات این است که روی کالیبریشن (بررسی میزان تطابق با استاندارد) دستگاه‌های لازم برای انجام آزمایشات پزشکی نظارت کافی نمی‌شود. باید گاه‌به‌گاه دستگاه‌ها کنترل کیفی شوند تا معلوم شود جوابشان درست است یا نه. بین دستگاه‌های متفاوت، یک قیمت گذاشته شده است و هیچ انگیزه‌ای برای سودجویان باقی نمی‌ماند که بخواهند کیفیت کارشان را بالا ببرند، حال آن که باید برای کیفیت ارزش قائل‌شد و معیاری پیدا کرد که بر اساس آن، افرادی که هزینه‌تراشی بیجا نمی‌کنند تشویق شوند. در حال حاضر و با سیستم کارانه، کسی تشویق می‌شود که هزینه درست کند.

امکانات اورژانس در کشورها متفاوت است، پس راهنماهای بالینی باید بومی نوشته شود. تا زمانی که نظارت وجود نداشته باشد، تزریق پول به مراکز درمانی می‌تواند فاجعه‌آمیز باشد. باید به تفاوت سبک درمان و شرایط متفاوت کشورها دقت داشت و راهنماهای بالینی را به‌صورت علمی و تحقیقاتی نوشته و چاپ کرد. مثلا دوستان ما راجع به ضربه مغزی یک راهنمای بالینی نوشتند و متوجه شدند در ایران نباید هیچ بیماری با علایم ضربه مغزی را شب‌ها مرخص کرد، زیرا در شب دسترسی به پزشک آسان نیست و هزینه‌های رفت و برگشت زیاد است. آنها تفاوت‌های این راهنمای بالینی را با راهنماهای بالینی در اروپا و آمریکا بررسی و به‌صورت یک مقاله منتشر کردند.

بیمه‌های تکمیلی فاجعه بزرگی در نظام سلامت مملکت است که نمایندگان مجلس سابق رسما تصمیم به حذف آن گرفتند اما هیچ نماینده‌ای بیمه تکمیلی خودش را حذف نکرد و دستگاه‌های نظارتی هم چیزی نگفتند. بیمه پایه یعنی درمان‌های پایه برای عموم مردم و بیمه تکمیلی یعنی درمان‌های خاص برای مواردی که بیمه پایه تقبل نکرده است، اما در اجرا عملا به این شکل تبدیل شد که درمان‌های پایه در بیمارستان‌های خصوصی نرخ بالاتری پیدا کنند.

تا وقتی بر درمان نظارت نباشد و راهنمای بالینی وجود نداشته باشد، این معضلات به قوت خود باقی است. اگر راهنمای بالینی وجود داشته باشد، می‌توان فهمید پزشک درست عمل کرده یا نه. نوشتن راهنمای بالینی بسیار دشوار است. نگاه‌ها و آموزش‌ها بسیار تفاوت دارند ولی اگر به آن سمت و سو برویم، کار تحقیقاتی خوبی انجام می‌شود.

*ارمغان زمان فشمی
*حسین آقایی